



Nit: 901.066.615-1  
Dirección: Calle 7 No. 7 - 20 Tocancipá, Cundinamarca  
Cel: 318 717 4139 - 316 628 2144  
e-mail: acrvitallaboralsas@gmail.com  
www.acrvitallaboral.com



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 77.003

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
05 DÍA	12 MES	2024 AÑO	TOCANCIPÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)		
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
INDEPENDIENTE			INDEPENDIENTE		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
GONZALEZ SALINAS FEDDY ALEXANDER			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	33 AÑOS 11 MESES 23 DÍAS	CC 1055710318
				Tipo	Número
CONDUCTOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO					
Observaciones: NO APLICA					
APTO PARA CONDUCIR					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
AUDIOMETRIA TAMIZ		✓		PRUEBA PSICOSENSOMETRICA ✓	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR		✓		VISIOMETRIA ✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
CONTROL MEDICO ANUAL					
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo al Dr.(a) abajo mencionado de realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El Dr. (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen. He comprendido y he entendido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Informo que las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas.</p> <p>Autorizo a ACR VITAL LABORAL SAS, para que suministre a las personas o entidades contempladas, la información contemplada en este documento, igualmente para que remitan mi historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado y entiendo que para ello ACR VITAL LABORAL SAS maneja dicha información acorde a lo contemplado en la ley 1581 de del 2012 de Haveas Data. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior que tales espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>					
Médico		Aspirante o Trabajador			
Firma:		Firma:			
Nombre: CUY RIVERA DELIA ADRIANA		Nombre: GONZALEZ SALINAS FEDDY ALEXANDER			
R. M.: 25-5981 DE 2015 L.S.O.:		CC: 1055710318			
		Código de Seguridad P705V1B77003			




# Reporte Psicomotriz

Nombres **FREDDY ALEXANDER GONZALEZ SALINAS**  
Doc **CC1055710318**  
Sexo **M**  
F Nacim **2004-12-05**  
Fecha **2024-12-05**

**ACR VITAL LABORAL SAS**  
Acr Vital sede principal  
901066615-1  
Calle 7 # 7-20 Tocancipa  
Tel.3166282144

## Resumen de Resultados Test Psico-Motriz

Parámetro	Rango de Aprobación	Resultado					
Atención Concentrada							
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 0.690 Seg.	0.447					
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 0.690 Seg.	0.447					
Num. Errores	<= 5 Errores	0					
Reacciones Múltiples							
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 1.140 Seg.	0.842					
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 1.140 Seg.	0.835					
Num. Errores	<= 7 Errores	4					
Reacción al Frenado							
Tiempo Promedio de Reacción (T.P.R)	<= 0.750 Seg.	0.526					
Coordinación Bimanual - Motricidad Fina							
Tiempo Total de error (T.T.E)	<= 4.830 Seg.	1.44					
Num. Errores	<= 15 Errores	4					
Velocidad de Anticipación							
Tiempo Medio de Desviación (T.M.D)	<= 0.830 Seg.	0.713					
Trazabilidad de la Medida							
Documento CC1055710318	Fecha 2024-12-05 10:52:48	Modelo AGX-PT3	Serie # 3114	Firmware 2.0.0.18A	Prueba #	Form# PT3-04	Baremo BPT-2
Servicios Ordenados:				Status/Certificado			
PALL - Aptitudes Psico-Motrices (Todos) [3]				Aprobado			

  
**Luz Esperanza Pacasuca Rodriguez**  
Psicologa , TP. 4104

**FREDDY ALEXANDER GONZALEZ SALINAS**  
Evaluado